

DES
ABCÈS THORACIQUES

Recevant des impulsions du cœur et des poumons

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le samedi 8 août 1885

PAR

MARC-MARIE DESSEMOND-SICARD

Né à Vienne (Isère), le 21 février 1858



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. WALTENER ET C^{ie}

14, RUE DE LA BELLE-CORDIÈRE, 14

—
Août 1885

DES
ABCÈS THORACIQUES

Recevant des impulsions du cœur et des poumons

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le samedi 8 août 1885

PAR

MARC-MARIE DESSEMOND-SICARD

Né à Vienne (Isère), le 21 février 1858



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. WALTENER ET C^{ie}

14, RUE DE LA BELLE-CORDIÈRE, 14

—
Août 1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	Doyen
BONDET	Assesseurs
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	} MM. LÉPINE. BONDET. OLLIER. TRIPPIER (Léon). BOUCHACOURT. GAYET. GAILLETON. PIERRET. MONOYER. GLÉNARD. CAZENEUVE. CAUVET. LORTET. PAULET. RENAUT. MORAT. J. TEISSIER. BERNE. MAYET. TRIPPIER (Raymond). PONCET. CHAUVEAU. LACASSAGNE. ROLLET. SOULIER. CROLAS.
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des Maladies mentales.	
Physique médicale	
Chimie minérale.	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique.	
Zoologie et Anatomie comparée.	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie.	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale	
Hygiène.	
Thérapeutique.	
Pharmacie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique médicale	MM. RAMBAUD.
Cours complémentaire d'Accouchements.	DELORE.

CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes	MM. LAROYENNE.	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD	Chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD. BEAUVISAGE. BOUVERET. CHANDELUX. DEBIERRE. LAURE.	MM. LEVRAT. LINOSSIER. PERRET. POLLOSSON. POULLET.	MM. SABATIER. VINAY. VINCENT. CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ M. CHARPY.
--	--	--

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. R. TRIPIER, Président; M. DELORE, Assesseur; MM. POLLOSSON et VINCENT, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR MAURICE POLLOSSON

CHIRURGIEN EN CHEF DÉSIGNÉ DE L'HOTEL-DIEU

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND TRIPIER

INTRODUCTION

En suivant le service de M. le docteur Pollosson, pendant l'hiver 1883-1884, nous avons eu l'occasion d'observer un malade présentant sur la région précordiale une tumeur fluctuante animée de battements. Nous fûmes frappé de la rareté du cas et de la difficulté du diagnostic.

A quelques temps de là, un cas presque identique se trouvait dans le service de M. le Professeur Ollier, où nous eûmes l'occasion de le voir. M. Ollier insista longuement au lit du malade, sur le diagnostic de cette tumeur et sur la pathogénie des battements ; devant ce cas il émit l'hypothèse d'un abcès en bissac à poches intra et extrathoracique, recevant une impulsion du cœur ou des gros vaisseaux de la poitrine.

En décembre 1884, le professeur Richet publia, dans la *Semaine médicale*, une leçon clinique sur un

cas analogue. Toutefois, tandis que, dans les cas de MM. Ollier et Pollosson, le diagnostic était hésitant entre un abcès et un anévrysme de l'aorte, c'est entre un abcès et un anévrysme du cœur qu'hésitait M. Richet.

Ce dernier propose dans sa leçon, pour expliquer les battements, l'hypothèse d'abcès en bissac que nous avons entendu formuler par M. le professeur Ollier. En parcourant les auteurs classiques pour nous éclairer sur les cas qu'il nous avait été donné d'observer, nous vîmes que ces abcès pulsatiles étaient connus d'une manière générale, mais qu'ils n'avaient été le sujet d'aucune étude approfondie et que les éléments d'une tumeur semblable à diagnostic difficile n'étaient pas établis.

M. Pollosson nous a suggéré l'idée de faire de l'étude de ces abcès précordiaux l'objet de notre thèse inaugurale. Nous avons alors cherché dans les auteurs à recueillir les observations relatives à cette question. Celles que nous avons trouvées sont en petit nombre, la plupart sont incomplètes; nous n'avons pu trouver certaines d'entre elles que résumées et il nous a été impossible de nous les procurer *in-extenso*.

Malgré cela, il nous a paru utile de colliger ces documents épars et d'y joindre l'observation des cas que nous avons vus. En analysant ces diverses observations, nous avons cherché à faire une étude résumée de ces abcès en insistant surtout sur le côté diagnostique. Nous aurions pu et nous aurions dû peut-être faire le diagnostic de ces abcès pulsatiles avec une série d'affections avec lesquelles ils pourraient être

confondus, tumeurs téléangiectasiques, empyèmes pulsatiles, etc., nous nous sommes borné à chercher à les distinguer des anévrysmes avec lesquels ils avaient pu être confondus dans les cas rapportés.

A ce premier chapitre, nous avons ajouté une étude rapide de certains abcès des parois du thorax capables de simuler une hernie du poumon. Nous possédions une observation intéressante dans laquelle le diagnostic entre ces deux affections fut très difficile. Ces deux chapitres réunis comprennent donc l'étude résumée des abcès des parois thoraciques dont le diagnostic est rendu difficile, par les impulsions qu'ils reçoivent du cœur ou des poumons.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à M. Maurice Pollosson, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui nous a suggéré l'idée de notre thèse et fourni deux observations intéressantes. Nous remercions aussi M. le professeur Ollier ainsi que M. le docteur Fochier, chirurgien-major de l'hospice de la Charité, qui ont bien voulu nous permettre d'utiliser des observations recueillies dans leur service. MM. G. Roque et Auguste Pollosson, internes des hôpitaux, nous ont aidé dans nos recherches bibliographiques allemandes et anglaises, c'est une nouvelle preuve d'amitié pour laquelle nous ne saurions trop leur exprimer toute notre gratitude.

Nous remercions sincèrement aussi M. le professeur Raymond Tripier qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553416_0026

PREMIÈRE PARTIE

**Abcès de la paroi thoracique simulant
des anévrysmes du cœur ou des gros
vaisseaux.**

CHAPITRE I

OBSERVATION I

De Pelletan (1).

FOYER DE PUS COMPLIQUÉ DE LA CARIE DES CÔTES, PLACÉ SUR
LA RÉGION DU CŒUR.

Un homme s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, ayant une tumeur au côté gauche de la poitrine, vis-à-vis la région du cœur. Cette tumeur était fort large et ne changeait point la couleur de la peau ; elle offrait une fluctuation manifeste et des inégalités qui annonçaient la destruction d'une ou deux côtes dans le trajet du foyer. Enfin on y sentait les battements du cœur

(1) *Clinique chirurgicale de Pelletan*, tome III, page 264. Paris, 1810.

avec une ondulation relative au fluide que la tumeur renfermait. Du reste, cette tumeur était indolente, ne causait aucune espèce de douleur, et il y avait neuf mois que le malade avait commencé à l'apercevoir.

D'après tous ces caractères, il était possible de prendre cette maladie pour un anévrysme. Dans cette incertitude, je consultai quelques personnes de l'art, d'une expérience consommée : elles furent d'avis que c'était un dépôt froid, accompagné de la carie des côtes, et qui reconnaissait un vice vénérien pour cause ; mais lorsque je leur proposai d'en faire l'ouverture, ils n'y consentirent pas de peur que ce ne fut un anévrysme. D'ailleurs, le malade assurait n'avoir jamais eu d'affections vénériennes.

Pendant que j'observais, la tumeur s'éleva à son centre, et forma une tumeur particulière, du volume d'une noix ; la peau s'amincit, prit une couleur bleuâtre et devint douloureuse ; enfin elle se perça de plusieurs trous, par lesquels sortit du pus. Ce ne fut encore qu'en tremblant que je me décidai à faire une ouverture propre à favoriser l'évacuation complète de la tumeur. Le pus en était assez bien lié, sans odeur et à la quantité d'environ douze à seize onces.

Les côtes étaient usées à l'endroit de leur solution de continuité, mais à nu dans leur intérieur, d'une étendue que je ne pus pas parcourir avec le doigt. Quelques jours furent à peine écoulés que la fièvre s'alluma et la peau se couvrit de pustules vénériennes sur le visage et la poitrine. Le malade ne convint que dans ce moment qu'il avait eu plusieurs écoulements vénériens qui n'avaient jamais été traités.

Je me hâtai de lui administrer le muriate suroxygéné de mercure, joint à la tisane de salsepareille ; il en prit un demi-grain par jour dans une suffisante quantité de tisane dans quatre verrées. Les choses allaient assez bien ; la suppuration était louable et peu abondante ; on apercevait les limites du foyer ; lorsque le malade se leva, la nuit, en chemise, pour aller aux latrines, où il resta environ dix minutes ; c'était un jour d'hiver très froid. Il fut saisi de frissons et ne put jamais

se réchauffer : la fièvre s'alluma, la suppuration se tarit et il y eut oppression très grande. J'employai vainement l'usage des diaphorétiques, j'appliquai des vésicatoires autour du foyer de la maladie, le tout en vain : le malade mourut le quatrième jour de son accident.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai le foyer revenu à sa grandeur primitive : quatre côtes étaient largement à nu dans leur face interne ; les muscles intercostaux couverts d'ulcérations gangréneuses ; une étendue de la plèvre, plus large que la main, avait une très grande épaisseur et était erysipélateuse et couverte d'ulcérations dans toute la face qui répondait au foyer. Il n'y avait nulle part de communication avec la poitrine dont les viscères étaient parfaitement sains et sans adhérence.

L'observation que je viens de rapporter présente le cas d'une tumeur humorale qui pouvait en imposer pour un anévrysme du tronc de l'aorte à sa sortie du cœur, et dont les progrès successifs avaient corrodé une ou deux côtes en se faisant jour au dehors. Cependant, ceux qui ont vu de ces sortes d'anévrysmes, conviendront que les pulsations en sont toujours assez fortes pour soulever la main ; ce qui n'avait pas lieu dans le cas présent. Mais les maladies en général et les anévrysmes en particulier, présentent des phénomènes tellement variables, qu'il aurait été possible que, dans ce cas, la tumeur anévrysmale n'offrit que les battements équivoques que nous y avons reconnus.

OBSERVATION II

De Boyer (1).

Boyer, parlant des abcès développés dans le tissu cellulaire sous pleural, et qui souvent sont consécutifs à des lésions costales, indique les abcès en bissac intra et extra thoraciques.

« Lorsque l'abcès de la plèvre est situé sur la région du cœur, la tumeur présente quelquefois des battements qui pourraient la faire prendre pour un anévrysme. M. Pelletan en cite un exemple ; j'en ai vu moi même un semblable. Dans ce cas, quoiqu'on puisse, eu égard aux circonstances commémoratives, et en considérant attentivement tous les phénomènes de la maladie, en reconnaître la nature, la prudence exige néanmoins que l'on abandonne l'ouverture de la tumeur à la nature. »

Bien que nous n'ayons pu trouver l'observation de Boyer, nous signalons cependant ces quelques lignes, pour montrer que ce chirurgien avait connaissance des abcès pulsatiles précordiaux. Les réflexions qu'il fait au point de vue thérapeutique, nous ont également paru intéressantes.

(1) BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, 5^e édition, Paris 1846, tome V, page 649-650.

OBSERVATION III

De Maclachlan (1).

ABCÈS DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR COMMUNIQUE AVEC LES DEUX CÔTÉS DE LA POITRINE, AVEC LA TRACHÉE ET LE PÉRICARDE, ET FORMANT, AU-DESSUS DE LA CLAVICULE, UNE TUMEUR QUI SIMULAIT UN ANÉVRYSME DU TRONC INNOMINÉ OU DE LA CROSSE DE L'AORTE.

Un ancien soldat, âgé de 61 ans, entré à l'hôpital le 5 janvier, portait, au-dessus de l'extrémité externe de la clavicule droite et se prolongeant derrière cet os, une tumeur élastique grosse comme une balle à jouer. Cette tumeur n'était le siège d'aucune douleur, d'aucun bruit anormal, d'aucun battement; la carotide du côté correspondant avait des battements faibles, et le pouls était à peine sensible dans la temporale et la radiale; la déglutition était difficile, la voix sourde et éteinte; la respiration, toujours gênée, devenait quelquefois asthmatique, une toux sèche empêchait le sommeil; les traits étaient congestionnés, les lèvres livides, les jugulaires externes gorgées de sang; il y avait des douleurs dans la partie postérieure de la tête, et un engourdissement douloureux s'étendait dans le membre supérieur depuis la clavicule jusque dans l'annulaire et le médian de la main droite.

Dix mois avant son entrée, il avait pris froid, et depuis, il avait une toux fréquente et une gêne dans la respiration, augmentant de jour en jour, mais qui ne l'avait pas forcé à quitter ses travaux. Trois semaines auparavant, la tumeur du cou avait commencé à paraître, d'abord peu volumineuse, à la suite d'un accès de toux. Tout le côté droit de la poi

(1) *Medical Times*, avril 1850.

trine, en avant et en arrière, était le siège d'une matité complète. Il y avait un peu de résistance dans la région sous claviculaire droite.

Tout semblait faire croire à l'existence d'un abondant épanchement dans la cavité droite de la poitrine ; cependant il y avait quelques circonstances anormales. La région précordiale était le siège d'une matité très étendue ; on ne percevait ni les bruits, ni l'impulsion du cœur, mais sans modifications appréciables. Ce malade était depuis trois semaines à l'hôpital, lorsque, presque subitement, la respiration s'embarassa de plus en plus, et les accès de dyspnée devinrent de plus en plus fréquents et intenses.

L'expectoration était mélangée de sang pur, mais cathartique ; elle conserva ce caractère jusque huit jours avant la mort, époque à laquelle elle devint purulente. Le 28 janvier, on découvrit un peu de tension à la partie inférieure et aussi postérieure, du côté droit du cou, mais sans impulsions communiquées par la toux, ni à cette tension ni à la tumeur elle-même. Une ponction exploratrice ayant fait connaître la présence du pus, on fit une incision au cou, laquelle donna issue à deux ou trois onces de pus grumeleux. Le malade fut d'abord un peu soulagé ; chaque accès de toux était accompagné de la sortie d'un flot de pus par l'incision, la sonorité se rétablit dans le côté droit de la poitrine depuis la clavicule jusqu'au mamelon ; la respiration devint pénible au sommet. La mort eut lieu le 7 février.

A l'autopsie, on trouva le médiastin antérieur énormément épaissi et renfermant à son centre un abcès presque vide qui aurait pu loger une bille de billard et qui communiquait par plusieurs ouvertures fistuleuses avec le côté droit de la poitrine, et aussi avec le péricarde par une perforation qui eût pu loger une pièce de cinquante centimes, il communiquait aussi avec la tumeur ou l'abcès du cou.

Plusieurs ouvertures de fistules s'ouvraient aussi dans la trachée. L'artère innominée et une portion considérable de l'artère sous-clavière droite étaient comprises dans cette masse indurée.

Le côté droit de la poitrine contenait plusieurs pintes de liquide séropurulent; il y en avait une petite quantité dans la plèvre gauche, et environ une pinte sous le péricarde. Il y avait des tubercules disséminés dans le sommet des deux poumons.

OBSERVATION IV

DE WARNER

Un abcès poussant sur le cœur après fracture du sternum et battant à travers cet os. — Pas d'auscultation.

Cette observation est rapportée dans un travail du docteur Stephen Smith, de New-York (*On the difficulties attending the diagnosis of aneurism from abscess. — American Journal of medic. scienc.* April 1873).

Nous n'avons pas pu nous procurer cette observation. Le résumé si concis que nous rapportons se trouve dans un travail de Holmes (St-George's *Hospital reports* 1872). Nous avons cru bon de rapporter néanmoins cette note à cause de la donnée étiologique qu'elle renferme.

OBSERVATION V

De M. Pollosson (inédite).

Recueillie par M. Comte interne du service.

Jean-Marie Lacroix, né à Cloisy (Haute Savoie), âgé de 22 ans, entré dans le service de M. Pollosson, en janvier 1884.

Mère vivante, père mort à 75 ans de maladie inconnue, frères et sœurs en bonne santé.

Il y a 3 ans et demi, pleurésie droite : le malade resta trois mois au lit, depuis lors il tousse, n'a pas craché de sang. Aujourd'hui, respiration obscure au sommet gauche.

Il y a 3 ans, attaque de rhumatisme généralisé avec lésion cardiaque. Le malade fut soigné dans le service de M. Rambaud : depuis lors il est sujet à des palpitations.

Au mois d'août 1883, coup de coude à la région antérieure de la poitrine. Le malade raconte que peut-être il y a eu une fracture de côte.

Vers le mois d'octobre 1883, il aperçut au milieu du sternum une tumeur grosse comme une pièce de cinq francs. A l'entrée, vers le mois de janvier 1884, on trouve, à 4 centimètres de la fourchette sternale, une tumeur fluctuante un peu plus petite que le poing.

Cette tumeur répond à la moitié latérale gauche du sternum, au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux et déborde le bord gauche du sternum au niveau de ces espaces.

Cette tumeur est fluctuante, réductible mais en partie seulement. Elle présente des pulsations isochrones au pouls et une véritable expansion. A son niveau, on entend les bruits du cœur et un souffle systolique très net. Toutefois, ce souffle systolique a son maximum à la pointe du cœur, d'où il se propage surtout du côté de la cavité axillaire.

La pointe du cœur est abaissée. La paroi thoracique est le siège d'un frémissement cataire. Le pouls est petit, sans intermittences. Le malade est d'une pâleur de cire ; il se plaint de palpitations. Il est très faible et reste toute la journée au lit. Il a de la dyspnée et dort le tronc et la tête élevés par des oreillers. Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas d'albumine dans les urines. La tumeur n'est pas douloureuse à la palpation ; à son niveau, la peau est saine. On n'arrive pas à sentir de tuméfaction osseuse, non plus que de perforation.

Après un examen minutieux, on porte le diagnostic : abcès froid de la paroi thoracique, insuffisance mitrale. Toutefois, pour mettre le diagnostic hors de doute, on fait une ponction capillaire qui amène du pus.

On incise alors largement la paroi antérieure de l'abcès. On constate avec le doigt une carie du bord gauche du sternum et l'existence d'une perforation du diamètre d'un porte-plume. On n'intervient pas d'une façon plus complète; le malade n'ayant pas été anesthésié à cause de son état général grave.

A la suite, le malade fut amélioré, il reprit des forces et bientôt il ne resta plus qu'une fistule au niveau de la partie supérieure du sternum. Au milieu de juin il fut envoyé à Long-chêne.

Nous ne l'avons pas suivi depuis cette époque.

Monsieur Pollosson, en nous confiant cette observation, l'a fait suivre des réflexions suivantes :

« M. Léon Comte, interne du service, en me présentant le malade, me fit remarquer tous les symptômes que je viens d'énumérer et m'exprima l'hésitation qu'il éprouvait à formuler un diagnostic entre un anévrysme de l'aorte et un abcès froid recevant une impulsion du fait de son voisinage avec le cœur. Je fis alors un examen attentif duquel je conclus qu'il s'agissait d'un abcès ossifluent de la paroi thoracique. Je me fondais sur les considérations suivantes :

1^o La tumeur se présentait comme une bosse surajoutée en un point de la paroi thoracique qui avait conservé sa configuration normale : il n'y avait aucune voussure de la région précordiale.

2^o Pour qu'une telle tumeur sous-cutanée communiquât avec une poche anévrysmale intra-thoracique, il fallait admettre une perforation de la paroi. Or, on n'arrivait à sentir aucune perforation, bien qu'on put

en palpant sur toute la circonférence explorer en grande partie la paroi thoracique sous-jacente. Il aurait fallu admettre un tout petit trou de communication, supposition peu compatible avec l'existence d'un anévrysme.

3° La tumeur était plus fluctuante [que ne le sont ordinairement les anévrysmes.

4° L'expansion n'était pas perçue aussi énergique qu'elle l'aurait été dans une poche anévrysmale si voisine de la peau.

5° La poche se laissait déprimer, ne présentait pas la tension du contenu des anévrysmes.

6° Le bruit de souffle systolique qu'on entendait au niveau de la tumeur ne lui appartenait pas en propre. On l'entendait à côté avec les mêmes caractères, et on pouvait le suivre augmentant d'intensité jusqu'à la pointe du cœur où il présentait son maximum ; il se propageait très nettement dans l'aisselle.

7° Le malade n'accusait aucun des autres symptômes qu'on observe dans les anévrysmes de l'aorte.

Je portai donc le diagnostic suivant : insuffisance mitrale, abcès froid de la paroi thoracique.

Par excès de prudence, avant d'ouvrir l'abcès, je fis une ponction exploratrice. Je dis par excès de prudence, car, si je n'avais pas été convaincu de la justesse de mon diagnostic, je me serais abstenu de toute intervention. Je ne considérais pas comme innocente la ponction même capillaire d'une poche anévrysmale aussi rapprochée de la peau. Entre m'exposer à piquer un anévrysme et laisser évoluer un abcès froid, tel que celui que j'avais sous les yeux,

je n'aurais pas hésité à choisir la dernière alternative. Il n'y avait pas, dans mon cas, d'indication urgente d'intervenir,

OBSERVATION VI

De M. Ollier (Inédite).

Salle St-Sacerdos, lit n° 25. Lafay, Jean-Marie, âgé de 65 ans, perruquier, né à Panissières (Loire). Ce malade entre à l'Hôtel-Dieu le 7 mai 1884. Son père est mort d'une fièvre typhoïde à 48 ans (?). Sa mère est morte à 73 ans de maladie inconnue. Deux frères sont morts, l'un à 72, ans l'autre à 69 ans, tous les deux d'apoplexie; deux sont en bonne santé.

Avant la maladie actuelle, le malade a toujours joui d'une bonne santé, il n'a jamais eu de maladies vénériennes et il nie de la façon la plus absolue toute habitude alcoolique.

Il y a cinq mois environ, il fut pris subitement d'un point de côté très douloureux sur la ligne axillaire droite; il ne vit pas de médecin et s'applique un vésicatoire qui le débarrassa.

Tout dernièrement, après un mouvement brusque, il ressentit une douleur subite derrière le sternum. Cette douleur qui a persisté depuis, est surtout sensible quand le malade fait quelque effort ou quelque exercice pénible, au repos elle est peu intense. C'est à peu près à la même époque que le malade s'aperçut de l'apparition d'une petite grosseur sur le côté gauche du sternum, grosseur qui présentait des battements sensibles à la main et à la vue. Le malade consulta un médecin qui, après avoir posé le diagnostic d'anévrysme de l'aorte, lui conseilla de rentrer à l'hôpital.

Aujourd'hui, nous constatons l'état suivant: à 2 cent. environ du bord gauche du sternum, nous trouvons une tumeur fluctuante, mate, indolore, envahissant le côté gauche du sternum et empiétant sur les premier et deuxième espaces intercos-

taux en remontant vers la clavicule : Elle présente des battements visibles à la vue et assez sensibles à la main. Si on pratique l'auscultation, on entend un souffle systolique assez intense. Tous ces phénomènes augmentent beaucoup d'intensité si on fait courir le malade ou si on lui fait monter des escaliers.

Le pouls ne présentait aucune modification pathologique, il n'y avait pas défaut de synchronisme entre les pouls des deux radiales ni entre ceux de la radiale et de la fémorale.

La tumeur ne tarde pas à évoluer et nous la voyons changer absolument de caractère.

Le 12 mai, de pulsatile et tendue qu'elle était, elle est devenue molle et sans battement, la fluctuation devient manifeste et on ne peut plus hésiter à porter le diagnostic d'abcès froid.

Le 16 mai, on pratique une ponction exploratrice ; on se contente de constater la présence du pus, mais on ne tente pas de vider la poche complètement.

Le 17 mai, on pratique une nouvelle ponction ; cette fois, on retire une quantité notable de pus et la tumeur paraît complètement vidée.

Le 20 mai, M. Ollier pratique une large incision qui met à nu une vaste cavité dont les parois présentent tous les caractères de celles des abcès froids. En explorant le fond de cette cavité, on arrive sur le sternum qui présente un point nécrosé et un peu mobile. Dans le voisinage de ce point, on trouve une ouverture, un peu plus petite que le petit doigt, par où sort du pus à chaque expiration. On y plonge un stylet qui pénètre ainsi dans une cavité intrathoracique, qui paraît être au moins égale à la poche externe.

L'état général du malade, qui jusque-là avait été assez satisfaisant, s'aggrava subitement, et, en trois jours, il mourut avec des symptômes infectieux.

Des difficultés administratives n'ont pas permis de faire l'autopsie, mais l'examen fait sur le vivant, après l'incision n'a laissé aucun doute sur l'existence d'un abcès en bissac, avec une poche intrathoracique.

OBSERVATION VII

De M. Richet (1).

X..., âgé de 50 ans, est envoyé le 20 décembre 1884 dans le service de M. Richet, par M. Gaillard, pour une tumeur de la paroi thoracique, que ce dernier considère comme un anévrysme du cœur.

A l'examen du malade, on trouve à la région précordiale, une tumeur bien circonscrite, du volume du poing, et offrant tous les caractères d'une tumeur enflammée, rougeur, chaleur, etc. Son sommet est acuminé, et il est facile de constater qu'à ce niveau, la peau amincie ne tardera pas à se rompre spontanément.

La fluctuation est très nette, mais on trouve surtout un symptôme d'une importance capitale et qui influence beaucoup le diagnostic : la tumeur est le siège d'un mouvement d'expansion des plus nets. Ce n'est pas seulement un soulèvement en masse, tel qu'en produisent quelquefois sur les tumeurs les pulsations des gros vaisseaux voisins ; il s'agit bien réellement d'un véritable mouvement d'expansion de toute la poche liquide ; quel que soit le sens suivant lequel on la saisit, les doigts se rouvent repoussés par saccades isochrones avec la systole ventriculaire.

A l'auscultation on n'entend pas de souffle, les bruits du cœur sont faibles et paraissent éloignés.

En présence des signes négatifs fournis par l'auscultation, M. Richet se décide à faire une ponction exploratrice le 26 décembre, en ayant soin d'employer un trocart très fin, et d'attaquer la tumeur très obliquement, de façon à traverser une certaine épaisseur de tissu sain avant d'aborder la tumeur. La ponction donne issue à du pus.

(1) *Semaine médicale*, 31 décembre 1884,;

Le 28, une nouvelle ponction est pratiquée, cette fois on vide la poche et on introduit le stylet qui arrive sur une portion dénudée du sternum. Le diagnostic d'abcès froid est alors certain et, le 31 décembre, M. Richet pratique l'incision.

OBSERVATION VIII

De M. Fochier (inédite).

ABCÈS RÉTROSTERNAL.

Berthet Caroline, âgée de 12 ans, née à Lyon (Rhône), entrée le 22 mai 1885, dans la salle St-Amélie, à la Charité.

Cette malade entre à la Charité pour un érysipèle bâtard de la face; elle porte sur son facies les signes des tempéraments scrofuleux, gros nez, lèvres énormes.

Deux semaines après son entrée, elle commença à souffrir surtout à la pression au niveau du bord gauche du sternum.

15 juin. — Elle est transférée à la salle Ste-Amélie, à ce moment on constate, sur le bord gauche du sternum, une tumeur diffuse, douloureuse, avec un point rouge et fluctuant vers le centre.

26 juin. — On incise la tumeur, qui laisse échapper du pus en petite quantité. Ce pus paraît provenir d'abord d'un foyer principal placé au-dessous de la peau, mais on voit qu'il en vient aussi d'un foyer situé plus profondément, et qui se fait jour en traversant le cinquième espace intercostal. Cet espace étant insuffisant pour assurer le drainage, on enlève le cartilage de la cinquième côte au niveau de sa jonction au sternum, sur une étendue de 1 centimètre environ.

Le pus s'écoule alors librement, il en sort deux cuillerées. On place un drain qui pénètre dans la poche profonde.

25 juillet. — La suppuration diminue. Quand on remplit la cavité suppurée avec de l'eau, qui pénètre par le conduit que le tube à drainage a maintenu béant, on remarque que

le liquide est animé de mouvements isochrones à ceux du cœur. Le liquide s'élève et s'abaisse alternativement.

30 juillet. — La suppuration a presque disparu, l'expérience précédente est renouvelée avec succès.

La plaie se rétrécit, il persiste un trajet fistuleux qui donne une petite quantité de pus.

CHAPITRE II

Aperçu d'anatomie et de physiologie normale.

Nous rappellerons seulement quelques notions élémentaires concernant l'anatomie du sternum et des côtes et les rapports du cœur et des gros vaisseaux avec les parois thoraciques. Le sternum, qui se rapproche des os longs par la prédominance des dimensions longitudinales et des os larges par sa forme aplatie, semble se ranger dans la classe des os courts par sa conformation intérieure (Sappey). Il est presque exclusivement composé de tissu spongieux, extrêmement vasculaire, c'est à cette disposition que cet os doit d'être souvent le siège de carie.

Sa position superficielle permet aux traumatismes et aux pressions d'exercer sur lui son influence et d'y développer des inflammations. Sa faible consistance explique la facilité de ses fractures par cause directe et indirecte. Ces fractures peuvent être la cause d'ostéite ultérieures. On remarque quelquefois, à la partie inférieure du corps de l'os, un trou situé sur la ligne médiane et assez grand parfois pour admettre

l'extrémité du petit doigt. Ce trou reconnaît pour cause une disposition particulière des points d'ossification.

Il établit parfois une communication entre un abcès du médiastin et l'extérieur; réciproquement, un abcès sous cutané peut envahir, par cette voie, la couche celluleuse lâche située en arrière du sternum. La face antérieure du sternum est revêtue d'une couche aponévrotique qui se laisse perforer par les abcès ostéopathiques qui deviennent alors sous cutanés.

Les côtes ne présentent rien de bien important relativement à la question qui nous occupe. Elles sont fréquemment le siège de fractures; la tuberculose osseuse s'y développe très souvent (Ranvier). Ces ostéites chroniques, fréquentes, expliquent la plus grande partie des abcès froids de la paroi thoracique. Les muscles intercostaux, externes et internes, sont séparés les uns des autres par une couche de tissu cellulaire lâche, dans lequel peuvent fuser des abcès; mais ils ne constituent pas une barrière bien sérieuse au pus qui tend à passer de dehors en dedans ou inversement.

En arrière du sternum existe une couche de tissu cellulaire lâche dans lequel le pus peut facilement s'accumuler. Ce tissu sépare les os de la face antérieure du péricarde. Les rapports du cœur avec les parois thoraciques ont un intérêt dans la question qui nous occupe, nous les emprunterons à Sappey. Le péricarde s'étend, dans le sens vertical, de la base de l'appendice xiphoïde à la partie moyenne de la pre-

mière pièce du sternum ; son cul de sac supérieur n'est éloigné de la fourchette de cet os que de quinze à dix-huit millimètres. Dans le sens transversal, il se prolonge du côté gauche à huit ou dix centimètres de la ligne médiane, au niveau des cinquième et quatrième espaces intercostaux, à six ou sept centimètres au niveau du troisième, à trois centimètres au niveau du deuxième ; à droite, il s'étend à trois centimètres de la ligne médiane au niveau des cinquième et quatrième espaces intercostaux et dépasse, par conséquent, le bord correspondant du sternum de douze à quinze millimètres ; plus haut, il se cache derrière cet os.

Les ventricules du cœur s'étendent, dans le sens vertical, du bord supérieur de la troisième côte gauche au bord inférieur de la cinquième, et, dans le sens transversal, à huit centimètres de la ligne médiane au niveau des troisième et quatrième espaces. La pointe du cœur répond par sa moitié externe à la partie supérieure du sixième espace ; elle est distante de huit à dix centimètres du plan médian.

L'artère pulmonaire est située en arrière de l'articulation du cartilage de la troisième côte gauche avec le sternum ; mais elle s'étend à la fois un peu au-dessous et un peu au-dessus de ce cartilage, de sorte qu'un stylet rasant son bord supérieur et son bord inférieur, au voisinage du sternum, arriverait directement sur son tronc.

L'aorte est située derrière la partie médiane et supérieure du sternum ; elle s'étend depuis les cartilages des troisièmes côtes jusqu'au bord inférieur des premières.

Les données physiologiques qui peuvent nous intéresser consistent principalement dans l'étude du choc précordial. On a discuté sur le moment de ce choc et sur ses causes. Harvey, qui l'indiqua le premier, montra son synchronisme avec la systole ventriculaire. Corrigau et Beau crurent au synchronisme avec la systole auriculaire. Mais Barry d'abord, puis Chauveau et Marey, démontrèrent par des tracés des contractions cardiaques et du choc de la pointe pris simultanément qu'Harvey ne s'était pas trompé. Les causes du choc précordial ont été diversement interprétées. Chauveau et Faivre l'expliquent de la manière suivante : le cœur bat parce que sa tension intérieure augmente instantanément et parce que son petit diamètre s'augmente brusquement pendant la systole du ventricule. Le cœur absolument flasque pendant la diastole, devient globuleux et dur pendant la systole ventriculaire ; il presse alors d'une manière brusque contre la face antérieure du thorax. Une ampoule placée entre les muscles intercostaux du cheval a pu donner des tracés très précis de ce choc précordial, mais on peut encore inscrire ce phénomène par un simple tambour de Marey, placé sur la peau au point où se produit le choc. Ce choc précordial se fait avec une intensité qu'il est difficile de mesurer, mais capable d'ébranler une paroi ostéomembraneuse telle que celle du thorax. Il doit donc être assez puissant pour ébranler ou comprimer une poche liquide qui serait interposée entre le cœur et la paroi thoracique.

CHAPITRE III

Anatomie et physiologie pathologique.

Les abcès de la paroi thoracique peuvent être externes ou internes. Ils peuvent encore avoir une forme en bissac et être constitués par deux poches communicantes situées l'une en dedans, l'autre en dehors de la paroi thoracique.

Les abcès externes ne peuvent en aucune façon recevoir d'impulsion du cœur et des gros vaisseaux ; ils ne peuvent donc pas simuler des anévrysmes et ne rentrent pas dans le cadre de notre travail.

Les abcès internes sont rarement diagnostiqués. Ils donnent lieu à une douleur vive, limitée et ne se révèlent à la percussion que lorsqu'ils ont atteint des proportions relativement considérables. Peuvent-ils donner lieu à des symptômes de dilatation anévrysmale ? Cela est possible, mais nous n'en avons observé aucun exemple et nous n'en avons trouvé aucun cas dans les auteurs.

Les abcès de la paroi thoracique pouvant simuler

des anévrysmes sont donc tous des abcès en bissac, présentant une portion intra-thoracique et une portion extra-thoracique. Ce fait est indiscutable dans les observations d'Ollier, de Pollosson, de Fochier. Bien que l'autopsie n'ait pas été faite dans ces cas, l'examen fait sur le vivant après l'ouverture de la poche externe ne laisse aucun doute sur l'existence d'une poche interne. Les observations suivies d'autopsie de Maclachlan et de Pelletan démontrent la disposition en bissac d'une manière indiscutable. Quant au cas de Richet, nous regrettons de ne pas savoir autre chose que ce qui a été publié dans la *Semaine médicale* du 31 décembre 1884. Mais l'existence des deux poches est admirablement discutée et nous pouvons la considérer comme démontrée.

Les abcès chroniques du thorax peuvent être périostiques ou ossifluents. Les abcès périostiques sont en rapport direct avec la surface des côtes ou du sternum sans pourtant que ces os présentent des lésions profondes et sans même que leur surface soit dénudée. Ils peuvent être sus-costaux ou sous-costaux ; ils peuvent également être en bissac. Quelques-uns d'entre eux correspondent probablement à ce que Boyer décrivait sous le nom d'abcès du tissu cellulaire sous-pleural. C'est sans doute à ces abcès périostiques que se rapporte l'observation de la petite fille observée dans le service de M. Fochier.

On n'a rencontré en effet aucune lésion des côtes ni des cartilages costaux, et si l'on a réséqué une portion du cartilage de la cinquième côte, c'est simplement pour faire le drainage et nullement dans le

but d'enlever une portion malade. La cavité de ces abcès est souvent irrégulière, anfractueuse, le pus qu'ils contiennent est tantôt louable, tantôt séreux, tantôt de couleur sale et brunâtre. Dans le cas de M. Fochier, la constitution scrofuleuse de la malade indique qu'il s'agissait d'un abcès froid; la structure de la poche de ces abcès est actuellement trop bien connue pour que nous voulions insister sur sa description. Il existe des lésions pleurales, inflammatoires correspondant à la face profonde de l'abcès, elles déterminent des adhérences qui préviennent habituellement, mais pas toujours, la rupture du foyer purulent dans la plèvre.

Les abcès ossifluents s'accompagnent de lésions osseuses, graves et profondes (ostéite, carie, nécrose, tubercules); elles peuvent siéger sur les côtes ou sur le sternum. L'abcès peut être primitivement externe, puis devenir interne, ou bien encore c'est la marche inverse que l'on peut observer. Nous croyons plus fréquente la marche de dedans en dehors, en effet, dans les cas rapportés ci-dessus, on constate l'apparition de symptômes douloureux dans la région malade, plusieurs mois avant que la tumeur externe se soit montrée.

Il serait d'ailleurs étonnant qu'un abcès placé sous la peau, où il peut se développer librement, aille perforer les parois pour plonger dans le thorax. D'ailleurs, s'il en était ainsi, la tumeur ne deviendrait pulsatile que lorsqu'elle aurait pénétré dans le thorax, tandis que, dans celles de nos observations qui sont suffisamment complètes, on a vu battre la tumeur,

dès son apparition, et c'est même au début que ses pulsations ont été le plus manifestes. Si la lésion osseuse, qui a donné naissance à l'abcès, siège sur les côtes, c'est par un espace intercostal que se fait la communication. Dans le cas où la lésion primitive siège sur le sternum, l'abcès peut venir au dehors en passant entre les côtes, sur le bord gauche du sternum, ou bien encore traverser cet os par un orifice qui peut siéger en divers points, mais principalement à l'union de la première et de la deuxième pièce de cet os. Les lésions osseuses sont d'étendue variable. Dans l'observation de Pelletan, quatre côtes étaient largement à nu, sur leurs faces internes, tandis que leurs faces externes étaient à peine altérées. La poche externe est de volume très variable et peut atteindre le volume du poing ou même davantage. Siégeant primitivement au-dessous des muscles et des aponévroses, elle ne tarde pas à devenir sous-cutanée ; sa surface interne est celle d'un abcès froid. Quant à la poche interne elle peut se développer à la face interne des côtes, ou bien encore à la face postérieure du sternum, dans le médiastin.

Dans le premier cas, elle est constituée, en avant, par les côtes dénudées et par les muscles intercostaux recouverts d'ulcérations gangréneuses (Pelletan), en arrière, elle est constituée par la plèvre épaissie. La surface interne présente toujours l'aspect des abcès ossifluents. Dans le second cas, lorsque l'abcès s'est développé dans le médiastin, les plèvres décollées dans une étendue plus ou moins grande, suivant le volume de la collection purulente postero-sternale,

sont refoulées en arrière, puis écartées l'une de l'autre; leur tissu s'enflamme, s'épaissit, et acquiert une solidité que Boyer comparé à celle des cartilages et même des os. Les plèvres et le médiastin réunis viennent adhérer aux limites de la portion cariée, en sorte que il n'y a aucune communication avec la cavité des plèvres et que le pus; qui séjourne le plus souvent derrière l'os affecté, n'est en contact ni avec les poumons, ni avec tout autre organe contenu dans la poitrine. Lorsque, par exception, les plèvres ou même le péricarde, sont détruits dans une certaine étendue, il arrive encore que ces membranes altérées contractent une adhérence solide, dans le point où la destruction qu'elles ont subie s'est arrêtée, de manière à fermer la communication qui aurait lieu avec la cavité de la poitrine dans une semblable disposition. Ces adhérences se font plus rapidement pour les plèvres que pour le péricarde, de telle façon que la cavité des plèvres se trouve toujours fermée par les adhérences inflammatoires, tandis que la cavité du péricarde peut communiquer quelquefois avec le foyer postero-sternal (Boyer, Chassaignac).

Dans le cas de Maclachlan, nous trouvons en effet une ouverture du péricarde, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, et faisant communiquer la séreuse du cœur, avec la collection purulente du médiastin. La solidité des parois de la poche médiastine, sur laquelle nous avons insisté, peut avoir son importance au point de vue de l'intervention; elle est probablement moins grande dans les cas plus aigus d'abcès ayant succédé à des ostéites, suites de

fractures. (Observation de Warner). L'orifice qui fait communiquer les poches internes et externes peut-être de dimensions variables.

Dans les cas de MM. Pollosson et Ollier, l'ouverture pouvait admettre un porte-plume.

Il semble que l'étendue de cet orifice ait son importance dans la transmission des impulsions du cœur, car, dans l'observation de M. Fochier, on n'avait observé tout d'abord aucun battement, ceux-ci n'ont apparu que lorsqu'on a eu agrandi, dans un but de drainage, l'ouverture de communication. Il est évident, d'une manière générale, que la poche interne doit être contigüe au péricarde dans une étendue assez considérable pour donner lieu à des battements, car parmi les abcès du médiastin qui occupent toute cette cavité, et sont par conséquent en rapport par quelques points avec le cœur, on ne voit pas habituellement de pulsation cardiaque dans les prolongements de ces abcès, qui viennent se montrer au dehors, soit au niveau de la fourchette sternale, soit à l'épigastre. Dans le cas de Maclachlan, la collection purulente occupait tout le médiastin, et venait se montrer à l'extérieur, au-dessus de l'extrémité externe de la clavicule droite.

Après avoir étudié la disposition anatomique de nos abcès, il nous paraît bon d'ajouter quelques considérations physiologiques sur la pathogénie des mouvements. Le cœur et les gros vaisseaux sont-ils également capables de communiquer une impulsion aux abcès ? Nous ne le croyons pas. Le cœur, en effet, pendant ses contractions, subit des déformations

brusques, capables comme nous l'avons vu, de donner lieu à un ébranlement de la paroi thoracique, au choc précordial. Il est bien évident qu'une impulsion semblable peut être transmise à une poche liquide placée devant lui. Si tous les abcès du médiastin, qui pourtant sont en rapports plus ou moins directs avec le péricarde, ne sont pas animés de battements, dans leur portion qui vient faire saillie à l'extérieur, cela tient probablement à leur mobilité. Les poches qui reçoivent une impulsion doivent probablement être fixes : un choc qui ne peut les déplacer doit alors les déprimer.

Les vaisseaux peuvent-ils agir de la même façon ? La physiologie nous apprend qu'à l'état normal, une artère même volumineuse ne subit, pendant sa diastole, qu'une ampliation si minime qu'elle a pu être contestée : il a fallu l'expérience de Poiseuille pour mettre en évidence, d'une manière indiscutable, cette expansion. Cette augmentation transversale des artères ne pourrait donc donner d'impulsion à l'état physiologique. Pour obtenir ce dernier résultat, il faut se placer dans des conditions telles, que l'artère repose sur un plan résistant, et que la tumeur qui repose sur elle la comprime suffisamment pour la déformer. Or, un abcès reposant sur une artère et présentant un diverticule sous-cutané, qui peut prendre une expansion facile, ne doit probablement pas être capable de comprimer une grosse artère de façon à en recevoir une impulsion.

CHAPITRE IV

Symptômes

Nous traiterons ce chapitre d'une manière extrêmement brève, étant donné que nous avons étudié la disposition de la tumeur à propos de l'anatomie pathologique et que nous reviendrons sur chacun des symptômes à propos du diagnostic.

Les abcès dont nous nous occupons ont un volume qui varie entre celui d'une noix et celui du poing ; ils siègent dans la région précordiale, sur le bord gauche du sternum ; ils peuvent également apparaître au-dessus des clavicules (Maclachlan).

Ils sont peu douloureux. Ils présentent une fluctuation manifeste. Ils sont en partie réductibles. Ils sont animés de battements synchrones avec ceux du cœur ; il présentent en outre un mouvement d'expansion véritable.

La percussion ne donne aucune indication à leur égard.

A l'auscultation, on entend à travers la poche les bruits du cœur quelquefois en partie masqués. Ces abcès ne possèdent pas de bruits de souffles qui leur soient propres, on peut entendre quelquefois à leur niveau des souffles, mais il s'agit de murmures propagés, provenant d'une maladie du cœur ; ces souffles peuvent être en partie voilés.

Le pouls ne présente en général pas de modification, à moins qu'il n'existe une lésion cardiaque concomitante ; en tout cas, il n'existe pas de défaut de synchronisme entre les différents pouls. Dans le cas de Maclachlan, bien différent des autres, existaient des symptômes de compression qui affaiblissaient les pulsations radiale et temporale d'un côté. Il n'y a également que dans ce dernier cas que l'on ait noté des symptômes d'irradiation douloureuse provenant de compressions nerveuses.

Les palpitations, la dyspnée sont notées dans le cas de M. Pollosson, mais il existait en même temps une lésion du cœur.

La marche est celle des abcès froids, idiopathiques ou ostéopathiques des parois thoraciques. La durée est donc très variable. Dans le cas de lésions osseuses, une douleur bien localisée précède de quelques mois l'apparition de la tumeur. Dans le cas de Maclachlan, la marche est celle des abcès du médiastin et l'on observe dans le décours de la maladie divers signes de compressions vasculaires et nerveuses.

CHAPITRE V

Diagnostic avec les anévrysmes de l'aorte.

C'est surtout avec les anévrysmes de l'aorte que les abcès dont nous nous occupons peuvent être confondus. Nous étudierons donc avec le plus grand soin les signes différentiels entre ces deux affections, car, c'est certainement là le point le plus important de notre travail.

Des abcès intrathoraciques, siégeant à la face interne des côtes, devant le cœur ou dans le médiastin, peuvent-ils être confondus avec des dilatations anévrysmales de l'aorte ? Nous avons déjà dit que nous ne connaissions point d'exemple, où un diagnostic soit resté hésitant entre ces deux solutions. Nous parlerons donc seulement des abcès en bissac simulant des ané-

vrysmes qui sont devenus superficiels en perforant la paroi thoracique.

L'aorte thoracique peut être affectée de dilatation anévrysmale, soit dans sa portion ascendante, soit dans sa portion horizontale, soit enfin dans sa portion descendante.

Ce sont les anévrysmes de la portion ascendante qui sont le plus fréquents. La poche occupe habituellement la paroi antérieure du vaisseau en se développant, elle détermine une voussure de la paroi thoracique, puis par l'usure progressive des parties osseuses de cette paroi, elle vient faire saillie à l'extérieur et battre sous la peau. C'est en général du côté droit du sternum que viennent battre les anévrysmes de cette portion ascendante ; c'est au niveau de la deuxième et de la troisième côte qu'a lieu la perforation, elle peut siéger très haut, mais ne dépasse la clavicule que tout-à-fait exceptionnellement. Il est évident qu'un anévrysmes volumineux de cette portion de l'aorte, étant arrivé à remplir le médiastin, peut arriver à faire saillie, sur la ligne médiane, en traversant le sternum, ou même apparaître du côté gauche. Mais ce sont des cas rares ; la règle est que ces tumeurs se montrent du côté droit. Quant aux anévrysmes de la portion horizontale, c'est sur la partie supérieure du sternum qu'ils déterminent une voussure, c'est là qu'ils viennent perforer la paroi, ou bien encore ils font saillie au niveau de la fourchette sternale.

La portion descendante de l'aorte étant située plus profondément et non loin de la colonne vertébrale, les anévrysmes qui s'y développent ont peu de

tendance à venir perforer la paroi thoracique en avant; cette perforation n'a lieu qu'exceptionnellement, elle siège alors du côté gauche du sternum.

Si nous comparons, au point de vue du siège, les anévrysmes de l'aorte, devenus extérieurs avec la poche externe de nos abcès en bissac, nous voyons que la règle est, pour les anévrysmes, de siéger à droite du sternum ou au niveau de la fourchette sternale, tandis que pour les abcès, la règle est de siéger à gauche du sternum.

Le volume de l'une et l'autre espèce de ces tumeurs ne peut pas nous donner d'indications de diagnostic, mais nous pouvons faire remarquer que l'issue des anévrysmes a été ordinairement précédée d'une voussure des parties, et que la tumeur qui bat repose, en général, sur une portion bombée du thorax déformé; tandis que les abcès reposent sur un thorax qui n'est pas déformé; ou du moins, s'il existe des déformations osseuses, elles consistent dans la tuméfaction des os altérés, et non pas dans la voussure générale d'une surface relativement large. L'usure des parois costales, dans les cas d'anévrysmes, détermine une perforation relativement large, et soit en réduisant doucement l'anévrysme, soit en palpant sa périphérie, on arrive habituellement à sentir les bords de la perte de substance osseuse; tandis que dans les cas d'abcès, la lésion osseuse n'est jamais sentie et l'orifice de communication est toujours petit relativement à la tumeur externe étalée.

Les abcès, de même que les anévrysmes, présentent des battements isochrones avec ceux du cœur;

mais les battements étant dus, dans les cas d'abcès, à l'impulsion du cœur situé derrière eux, le siège des battements est voisin de celui où se fait sentir l'impulsion de la pointe. Au contraire, les anévrysmes de l'aorte ont un siège plus éloigné, et l'existence de deux centres de battements bien distincts est un signe presque pathognomonique de l'existence de tumeur anévrysmale. Dans l'anévrysme, l'étendue et la force du battement sont proportionnelles aux dimensions de la tumeur et par conséquent toujours plus marquées que dans le cas d'abcès; c'est ce que faisait remarquer à juste titre Pelletan dans les réflexions qui suivent son observation. C'est ce que l'on observe également dans les cas d'Ollier, Richet et Pollosson. De plus, à mesure que se développe une tumeur anévrysmale, les battements auxquels elle donne lieu deviennent de plus en plus distincts, tandis que c'est l'inverse que l'on observe lorsqu'il s'agit de collection purulente. Dans ce dernier cas, le diagnostic s'éclaircit à mesure que la tumeur progresse, les battements n'augmentant pas ou devenant même plus faibles. Faisons remarquer cependant que les anévrysmes de l'aorte peuvent voir leurs parois s'épaissir en même temps que se rétrécit leur cavité par le fait de dépôts successifs de caillots actifs, fibrineux, à leur surface interne.

Dans ce cas, les battements vont évidemment en diminuant d'intensité, mais une semblable marche est tout-à-fait exceptionnelle dans les cas d'anévrysmes ayant traversé la paroi.

Lorsqu'on veut établir d'une manière générale le

diagnostic entre un anévrysme quelconque et une tumeur placée sur le trajet d'une artère et en recevant des impulsions, on a l'habitude de faire remarquer que l'anévrysme présente non seulement des battements mais des mouvements d'expansion; les tumeurs en sont au contraire complètement dépourvues. Ce ne seraient donc pas des battements verticaux mais transversaux qu'il faudrait chercher, car ils indiquent l'ampliation réelle de la tumeur. Cette loi générale de diagnostic ne peut pas s'appliquer aux tumeurs dont nous nous occupons, car leur poche externe, recevant à chaque choc du cœur une certaine quantité du liquide de la poche interne, c'est bien là à une véritable expansion que nous avons affaire. Mais cette expansion, de même que les battements, est moins forte dans les abcès que dans les anévrysmes, et est incapable, comme le fait remarquer Pelletan, de soulever la main.

L'expansion dans les anévrysmes de l'aorte est extrêmement forte, elle se fait de plus d'une manière saccadée; la pénétration du sang dans la poche, comme le fait remarquer Marey, se fait en deux temps. Nous ne nous occuperons pas de l'explication théorique de ce fait, mais nous constaterons que l'expansion ne se fait point ainsi dans les abcès. Si l'on prend le tracé sphymographique sur une tumeur anévrysmale il se ressent des saccades de l'expansion, et la ligne d'ascension est brisée par un ou deux crochets. Il est très probable qu'il n'en serait point ainsi pour un abcès qui bat, c'est un point que l'on pourra chercher à l'avenir.

Si l'on explore le pouls au-dessous d'un anévrysme, dit Marey, on peut trouver certaines analogies dans la forme du tracé dans le cas d'un anévrysme et dans celui d'une tumeur qui comprime une artère; l'oblitération d'une artère transforme en effet la pulsation dans le même sens qu'un anévrysme. Mais que l'on comprime la tumeur, aussitôt le doute sera levé, car s'il s'agit d'une tumeur solide elle ne pourra que presser plus fortement sur l'artère, et affaiblir encore l'intensité du pouls; un anévrysme, au contraire, se videra en partie du sang qu'il renferme et élèvera la pression dans l'artère explorée. Inversement, quand on cessera la compression, la tumeur solide laissera reparaitre le pouls avec plus de force; l'anévrysme, au contraire, éteindra plus complètement les pulsations en absorbant pendant quelques temps les ondes ventriculaires pour se remplir de nouveau.

Luton, dans son article du *dictionnaire de Jaccoud*, cherchant à distinguer l'anévrysme de la crosse de l'aorte, formant tumeur sur la surface extérieure du thorax, d'avec diverses tumeurs (cancers encéphaloïdes, abcès intrathoraciques), fait valoir, d'après Marey, les résultats obtenus sur le pouls radial par la compression exercée sur la tumeur qu'on cherche à réduire. Cette expérience que Marey invoque pour les anévrysmes en général, a-t-elle la même valeur pour l'anévrysme de la crosse de l'aorte et donne-t-elle les mêmes résultats? nous ne saurions le dire. Cela nous paraît douteux pour les cas d'abcès, car ils ne pressent pas à proprement parler sur les gros vaisseaux, mais reçoivent leur impulsion du choc du

cœur près duquel ils sont placés; or, nous ne croyons pas qu'en réduisant la poche externe on détermine sur lui une compression notable.

L'auscultation des anévrysmes de l'aorte fait entendre des claquements ou des souffles. Le claquement peut être simple ou double, il est double lorsque la tumeur se trouve à proximité de l'orifice aortique. Le premier est dû au choc de l'ondée systolique contre les parois de la poche, le second n'est qu'un claquement sigmoïdien propagé. Au lieu de ces claquements, on peut entendre des bruits de souffle qui peuvent également être simples ou doubles. Le souffle des anévrysmes est, d'après Marey, toujours intermittent; c'est-à-dire qu'après s'être fait entendre pendant quelques pulsations, il cesse complètement pendant les pulsations suivantes. Le souffle systolique est habituellement simple, mais peut quelquefois être dédoublé (Marey). Le souffle diastolique est unique et peut coexister avec un souffle systolique simple ou double. Ces souffles peuvent faire défaut, soit isolément, soit en totalité, c'est-à-dire que l'on peut entendre le souffle systolique sans qu'il y en ait de diastolique, ou inversement, ou bien encore tous les deux peuvent manquer. Le caractère du souffle systolique, lequel manque le moins souvent, consiste dans un murmure rude, sec et de courte durée.

Dans les cas d'abcès pulsatiles, les résultats de l'auscultation sont tout différents. Ce sont les bruits du cœur qui sont transmis à l'oreille, encore sont-ils affaiblis, éloignés, ou même masqués en partie. Ainsi, dans l'observation de Richet, l'auscultation

pratiquée avant la ponction, laissait entendre des battements sourds, profonds et lointains, en aucun point on n'entendait de bruits de souffle; après la ponction, les battements sont entendus plus nettement et l'on perçoit un bruit de souffle jusqu'alors masqué par la poche liquide précordiale. A côté de cela, nous voyons, dans l'observation de M. Ollier, qu'on entendait au niveau de la tumeur, même avant toute opération, un bruit de souffle systolique assez intense; dans l'observation de M. Pollosson, on entendait également un bruit de souffle systolique. Ce murmure entendu en dehors des limites de la tumeur, plus fort au niveau de la pointe du cœur et se propageant du côté de l'aisselle, fut rapporté à juste titre à une lésion mitrale: ce diagnostic était d'ailleurs corroboré par le fait que le malade avait eu antérieurement une attaque de rhumatisme généralisé avec lésions cardiaques, et que, depuis cette attaque, il était sujet à des palpitations. Il est regrettable que dans les autres observations, l'auscultation n'ait pas été pratiquée. Ajoutons que les anévrysmes de l'aorte donnent assez souvent lieu à des souffles qui s'entendent à la partie postérieure du thorax, ce qui n'existe pas dans le cas d'abcès.

En somme, on voit que les anévrysmes de l'aorte s'accompagnent de souffles autochthones à peu près constants, tandis que les abcès précordiaux ne s'accompagnent que de bruits propagés, et encore ces bruits sont-ils atténués par la poche liquide.

Le pouls présente, dans les anévrysmes de l'aorte, des caractères particuliers; c'est ainsi qu'il est affaibli,

que son retard sur le choc de la pointe est légèrement accru. La présence d'une poche élastique sur le trajet du sang tend à rendre uniformes les mouvements saccadés imprimés par les mouvements du cœur, de telle façon que sur un tracé sphygmographique l'ascension est peu élevée, la partie ascendante est très inclinée et le sommet est arrondi.

Il serait bon de rechercher, dans les cas d'abcès pulsatiles, les caractères du pouls, soit par l'examen digital attentif, soit par les appareils enregistreurs. Dans le cas de M. Pollosson, le pouls était faible et petit, il est évident qu'on pouvait incriminer la lésion mitrale. Relativement au pouls, il est un autre signe qui, dans certains cas, pourrait servir d'une manière certaine et précise dans le diagnostic différentiel : lorsque, en effet, l'anévrysme est situé entre l'origine du tronc brachiocéphalique et celle de la carotide gauche on observera : 1^o un retard nettement appréciable du pouls radial gauche sur le droit; 2^o des différences notables dans le caractère des pouls de chaque côté, le droit présentant des caractères normaux, le gauche présentant les déformations que nous avons décrites. Si l'anévrysme siège au delà de l'origine de la sous-clavière gauche, nous pourrions faire les mêmes observations en comparant le pouls de la radiale et de la fémorale, ce dernier étant retardé et affaibli. Les abcès sont incapables de produire des signes semblables; nous ne croyons pas, en effet, qu'ils déterminent des compressions sur le trajet de l'aorte, c'est du cœur qu'ils reçoivent leur impulsion.

Remarquons que les anévrysmes siégeant sur

la portion descendante de l'aorte sont précisément ceux qui ont de la tendance à venir faire saillie à gauche du sternum, siège de nos abcès, et ces anévrysmes donneront lieu à des différences entre les pouls de la fémorale et de la radiale; ceux qui siègent vers l'origine de l'aorte et qui ne donnent lieu à aucune différence soit entre les pouls de la radiale et de la fémorale, soit entre les pouls de chaque radiale, ont de la tendance à venir faire saillie à droite du sternum comme nous l'avons fait remarquer déjà; les abcès siègeant plutôt à gauche.

Mais, à côté de toutes ces considérations d'examen local, il en est d'autres d'ordre plus général qui peuvent aider au diagnostic. Ces considérations ont trait soit à l'étiologie, soit à la marche de l'une et l'autre affection. L'âge des malades où l'on rencontre le plus grand nombre d'anévrysmes aortiques est entre cinquante et soixante ans; les abcès peuvent se montrer presque à toutes les périodes de la vie et même de préférence à un âge moins avancé. Ainsi, à côté du cas de M. Ollier, ayant trait à un homme de soixante-cinq ans, à côté de celui de Maclachlan, ayant trait à un homme de soixante et un ans, nous voyons le cas de M. Pollosson chez un jeune homme de vingt-deux ans, celui de M. Fochier chez une petite fille de douze.

L'alcoolisme et la syphilis sont les deux grands facteurs des anévrysmes aortiques, car ils produisent l'athérome, cause prédominante; la scrofule et la tuberculose sont au contraire les affections les plus aptes à déterminer les abcès froids ou les lésions os-

seuses chroniques qui donneront naissance à des abcès symptomatiques.

Les anciens auteurs (Boyer, Pelletan) semblent attribuer une importance considérable à la diathèse syphilitique dans l'étiologie des abcès thoraciques et médiastinaux et des lésions osseuses qui les accompagnent; c'est probablement là une erreur, car les données scientifiques actuelles tendent à affirmer l'absence de suppuration dans les cas de syphilis osseuse.

Quelquefois, les abcès relèvent de traumatismes divers, contusions ou fractures; dans ce cas, la donnée étiologique bien nette peut évidemment éclairer le diagnostic.

La marche des anévrysmes et des abcès présente également certaines différences. Dans l'anévrysme, on a tout d'abord des symptômes douloureux, névralgiques, soit du côté du rachis, soit du côté des nerfs intercostaux, soit encore dans la sphère de distribution du plexus brachial; il peut exister divers troubles dépendant des lésions du plexus cardiaque et rappelant l'angine de poitrine.

L'irritation des récurrents peut amener des troubles du côté de la glotte, celle du pneumogastrique des accès de suffocation, celle des phréniques du hoquet. Des troubles de la voix peuvent se montrer consécutivement à la paralysie d'un récurrent. Ces divers troubles dûs, à la compression par une tumeur des divers organes siégeant dans le médiastin, manquent habituellement dans les cas d'abcès, car la poche interne siège plus habituellement sous les

côtes et devant le cœur que dans le médiastin lui-même. Le cas de Maclachlan, dans lequel la collection purulente occupait tout le médiastin, donnait naissance à quelques symptômes de compression, mais c'est l'unique observation dans laquelle la poche interne ait un pareil siège et une pareille étendue.

Quant à la durée des deux maladies, celle des anévrysmes de l'aorte est certainement plus longue; d'ailleurs, ce n'est qu'à la fin de leur évolution qu'ils viennent se montrer au dehors, et leur apparition à la surface externe du thorax est habituellement précédée de tous les symptômes d'anévrysme *interne* que nous avons brièvement rappelés; tandis que dans les abcès, nous ne trouvons dans nos observations, comme précédant l'apparition de la tumeur, que des symptômes douloureux locaux ne remontant pas à plus de quelques mois.

Parmi tous les signes différentiels que nous avons énumérés et étudiés un à un, il n'en est aucun dont la valeur soit absolue et qui puisse être considérée comme pathognomonique, sauf peut-être le défaut de synchronisme entre les pulsations, soit des deux radiales, soit de la radiale et de la fémorale. Il faudra donc ne pas se contenter de l'un de ces signes, mais les étudier tous l'un après l'autre, le diagnostic ne peut reposer que sur une accumulation de preuves de valeurs diverses. Actuellement, moins que jamais, on ne croit en clinique aux signes pathognomoniques. Il nous reste à propos du diagnostic à parler de la ponction exploratrice. Il est évident que, si ce procédé d'exploration était sans danger, il devrait être placé

en première ligne et qu'on pourrait s'en contenter. Malheureusement la question de l'innocuité de pareilles ponctions est très discutable. Nous voyons Pelletan hésiter à toucher à son abcès pulsatile, malgré son diagnostic, affirmé non seulement par lui, mais par plusieurs de ses collègues ; et encore n'est-ce qu'en tremblant qu'il se permet une incision après que du pus est venu sourdre à la surface de la tumeur par de petits orifices. Nous voyons M. Ollier attendre pendant longtemps la confirmation absolue de son diagnostic avant d'oser se servir du trocart explorateur, et, s'il l'emploie, c'est comme traitement plutôt que comme moyen de diagnostic. Richet, malgré de fortes présomptions lui faisant croire à un abcès, s'entoure de précautions nombreuses pour faire sa ponction exploratrice et il exprime le gros soulagement qu'il a éprouvé lorsqu'il a vu poindre une goutte de pus à l'extrémité de sa canule.

M. Polosson partage la même crainte concernant ce procédé de recherches. Si tous ces chirurgiens ont redouté ainsi les ponctions, c'est qu'elles ne sont pas sans danger. Lorsqu'on étudie les résultats fournis dans le traitement des anévrysmes par l'acupuncture, à côté de quelques résultats heureux ou passables, on trouve de graves complications. Broca cite des accidents divers (hémorrhagie, inflammation, gangrène des parois). Rappelons le cas de Rizzoli, de Bologne qui, a tenté le procédé de l'acupuncture dans le traitement d'un anévrysme de l'humérale, vit le sang s'élancer avec tant d'impétuosité par le trou des aiguilles, qu'il fut obligé de pra-

tiquer l'amputation immédiate du membre. L'acupuncture est pourtant pratiquée avec de fines aiguilles, le danger doit certainement être plus grand, lorsqu'il s'agit d'une canule nécessairement plus volumineuse. Nous sommes étonnés de l'opinion de Holmes qui, dans une communication sur le diagnostic des anévrysmes (St-George's, *Hospital reports*, vol. VII) pense qu'une paracenthèse faite par une ouverture très petite peut rendre des services. Il est même persuadé, dit-il, que la rupture des anévrysmes pourrait souvent être retardée, si non empêchée, par une ponction très petite et faite avec précaution. Nous avouons ne pas comprendre comment la dépletion de l'anévrysme peut empêcher sa rupture, le sang que l'on retire n'est-il pas immédiatement remplacé, et n'agirait-on pas tout aussi bien en retirant du système circulatoire une petite quantité de sang au moyen d'une saignée générale. En somme nous considérons qu'une ponction exploratrice n'est pas sans danger, que l'on doit la rejeter comme moyen de recherche et qu'on ne peut l'employer que si le diagnostic est fait.

Diagnostic d'avec l'anévrysme du cœur.

M. le professeur Richet, dans la leçon publiée par *la Semaine médicale* hésite à propos de son cas entre un abcès en bissac et un anévrysme du cœur. Il rejette cette dernière hypothèse en considérant que ces

anévrismes restent généralement inclus dans la poitrine ; il fait remarquer qu'il n'a trouvé dans les auteurs aucune observation relatant la perforation de la paroi thoracique. MM. Hérard et Vulpian consultés disent qu'ils n'ont jamais observé semblable perforation. Dans de pareilles conditions, le diagnostic des abcès animés de mouvements d'expansion et des anévrysmes du cœur pourrait presque être laissé de côté. En ouvrant l'article que Parrot a consacré dans le *Dictionnaire de Dechambre*, aux anévrysmes du cœur nous trouvons cette phrase : « rarement ils sont assez volumineux pour user les côtes et faire saillie hors de la poitrine ». Maurice Raynaud, dans son remarquable article cœur du *Dictionnaire de Jaccoud*, cite un cas où un anévrysme du cœur est venu faire saillie au dehors après avoir perforé la paroi thoracique ; il cite, entre parenthèses, le nom de Friedreich. Nous avons cherché, sans la trouver, une observation semblable portant le nom de cet auteur. Dans l'*Encyclopédie allemande*, de Zins-sen, à l'article cœur de Schroetter, nous avons trouvé, rapporté en note, un cas très intéressant dû à Berthold. L'indication bibliographique est la suivante : Merkwürdiger Fall eines von der rechten Vorkammer ausgehenden Herzanevrysmas, Tœplitz, 1859. Nous n'avons pas pu nous procurer cette observation complète, elle est résumée dans ces termes : Le plus gros cas d'anévrysme du cœur, cité, est celui de Berthold, il occupait toute l'oreillette droite ; son volume était celui d'une tête d'adulte ; il avait usé une grande partie du sternum, depuis la deuxième jusqu'à la

quatrième côte, ainsi que les origines des côtes correspondantes. Il arrivait presque immédiatement sous les téguments et ceux-ci étaient animées à tel point qu'on voyait le sang en sourdre par place.

Friedreich, dans son *Traité des maladies du cœur* (traduction française, Paris 1873), rapporte en note, d'une manière encore plus brève le cas de Berthold, il ajoute : il n'y a de semblable à ce dernier cas qu'un fait plus ancien décrit par Dionis, fait dans lequel, après un choc violent sur la poitrine, il s'était développée une dilatation anévrysmatique de l'oreillette gauche avec dégénérescence calleuse de sa substance, dilatation si considérable qu'il se forma une grosse tumeur pulsatile externe, tumeur placée sur le côté gauche du sternum et qui s'étendait depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte. Ces observations sont malheureusement trop incomplètes pour qu'on puisse tenter d'établir, d'après elles, le diagnostic différentiel. Elles montrent néanmoins combien M. Richet avait raison de se méfier d'un anévrysme du cœur dont il considérait théoriquement comme possible l'issue à travers la paroi thoracique. En tout cas, d'une manière générale, on observe dans les anévrysmes du cœur, non pas les douleurs sourdes et parfaitement localisées qui s'observent dans les abcès, mais des douleurs précordiales avec irradiations dans le bras, le thorax, le dos ; douleurs qui, dans leur paroxysme, revêtent absolument les signes de l'angine de poitrine. Les palpitations sont fréquentes. Un signe important est le contraste entre la force des pulsations du cœur et la faiblesse du pouls ; ces pul-

sations sont accélérées et irrégulières, Aran et Potain insistent sur le dédoublement du deuxième bruit. Ces signes relatifs à divers troubles cardiaques manquent dans les cas d'abcès précordiaux, dans lesquels il n'existe pas de lésion cardiaque concomitante. Quant aux souffles, ils ne doivent pas entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel, car ils manquent habituellement dans les anévrysmes du cœur et lorsqu'on les y observe, c'est qu'il existe en même temps des lésions valvulaires.

CHAPITRE VI

Traitement.

Il semble de prime abord presque inutile d'écrire un chapitre de traitement à propos des abcès pulsatiles. Ils rentrent en somme dans la catégorie des abcès de la paroi thoracique ou dans celle des abcès du médiastin. Toutefois leur présence dans une région dangereuse et la crainte qu'a inspirée pendant un certain temps le diagnostic hésitant donnent, au point de vue interventionnel, des craintes qu'il ne faudrait pas exagérer. Lorsque le diagnostic est posé, l'intervention doit être active. S'il s'agit d'un abcès costal en bissac, le danger est dans une perforation de la plèvre, et le meilleur moyen de la prévenir est de débrider largement la collection purulente. S'il s'agit d'un abcès du médiastin, le danger n'est plus dans les

perforations de la plèvre, qui sont tout à fait exceptionnelles, mais dans les vastes décollements qui peuvent se faire en tous sens dans la cavité médiastine ; le danger est encore dans la perforation du péricarde. Pour prévenir ces accidents, il faut encore avoir recours à un débridement large et rapide. Les abcès costaux et ceux du médiastin, relevant d'habitude de lésions osseuses, il ne suffira pas toujours d'ouvrir la poche suppurée ; il faudra traiter ces lésions osseuses tout comme si elles étaient éloignées du cœur. Les résections costales sont aujourd'hui de pratique courante ; quant aux résections partielles du sternum, il y a bien longtemps déjà que de la Martinière les préconisait au sein de l'ancienne Académie de chirurgie, dans un mémoire remarquable sur le trépan au sternum. Il cite l'exemple de Gallien trépanant audacieusement le sternum pour un abcès du médiastin, dans lequel il existait précisément une ouverture du péricarde. Il rapporte onze observations qui montrent la possibilité et l'utilité d'une conduite semblable. J.-L. Petit approuve cette conduite ; Boyer s'en montre également partisan. Les auteurs modernes sont du même avis. Chassaignac n'hésite pas, pour faire le drainage, à perforer le sternum.

M. Paulet fait remarquer, avec un grand sens pratique, que les abcès du médiastin sont dans de mauvaises conditions pour guérir quand on les a évacués, mais il ajoute : Est-ce à dire qu'il ne faille pas ouvrir les abcès du médiastin ? non, mais il importe de ne pas se faire d'illusions sur le résultat probable de l'opération, autrement l'on s'exposerait à de cruelles dé-

ceptions. MM. Pouillet et Bousquet, rappelant l'intervention, quelquefois peu favorable, dans les abcès du médiastin, font remarquer que la méthode antiseptique modifiera considérablement ces résultats.

Si Pelletan a hésité si longtemps avant d'intervenir, c'est probablement le défaut de certitude du diagnostic qui l'arrêtait. C'est la même raison qui faisait dire à Boyer, à propos de son cas : la prudence exige qu'on abandonne l'ouverture de la tumeur à la nature. Dans le cas de M. Pollosson, si, après l'incision de la poche externe, on n'a pas cherché à aller plus loin, c'est à cause de l'état général grave du malade. C'est sans doute la même raison qui a arrêté M. Ollier.

Dans le cas de M. Fochier, l'intervention a pu être rationnelle et complète. Quant au cas de M. Richet, nous trouvons absolument justes les projets par lesquels il termine sa leçon. Il dit en effet : Vous allez me voir fendre largement la poche, l'explorer dans tous les sens après l'avoir nettoyée, et aller à la recherche des parties malades. Une fois celles-ci trouvées, j'aurai, suivant les circonstances, soit à enlever un séquestre, soit à gratter la partie malade, soit même, et je crains bien d'être réduit à cette extrémité, à réséquer la côte malade.

DEUXIÈME PARTIE

Abcès de la paroi thoracique subissant l'influence de la respiration.

Ces abcès simulent la hernie du poumon. M. Pollosson nous a donné une observation recueillie à l'hôpital de la Croix-Rousse, où cette erreur a été commise par lui et par d'autres médecins à qui il avait montré ce malade.

Nous avons trouvé dans le fameux mémoire de Morel-Lavallée, (1) une observation analogue. Marchal de Calvi, dans le service duquel se trouvait le malade, crut à une hernie du poumon ; il demanda l'avis de Morel-Lavallée qui établit au contraire qu'il

(1) MOREL-LAVALLÉE. *Hernies du poumon*. Mém. de la Société de chir. de Paris, 1847, p. 155.

s'agissait d'un abcès. Nous rapporterons ces deux observations et nous les analyserons au point de vue des symptômes et du diagnostic.

OBSERVATION I

Empruntée au Mémoire de Morel-Lavallée (loc. cit.).

Dubos, âgé de 25 ans, voltigeur au 22^e léger, était entré au Val-de-Grâce, dans le service de M. Marchal de Calvi, pour des tubercules pulmonaires. Il toussait depuis longtemps, et il avait eu plusieurs crachements de sang. Il y avait un mois qu'il éprouvait une gêne progressive de la respiration.

Un matin, il montre, dans la région sus-claviculaire droite, une tumeur qui s'est formée la nuit dans un violent accès de toux. Il soutient qu'il n'y en avait pas de vestige auparavant, qu'elle s'est produite instantanément, qu'il l'a sentie sortir, et que son apparition s'est accompagnée d'une certaine douleur encore incomplètement dissipée. Il se croit tellement sûr de ce qu'il avance, qu'il se met en colère quand on essaie de lui faire comprendre qu'il pourrait se tromper. La tumeur est sans changement de couleur à la peau, à peu près sans douleur, d'une souplesse presque voisine de l'élasticité, présentant à sa surface de petits enfoncements comme linéaires qui paraîtraient assez bien répondre à des cloisons interlobulaires, aussi volumineuse qu'un œuf, moins prononcée dans l'inspiration que dans l'expiration, différence que l'énergie de la respiration rend plus appréciable. Le malade affirme qu'il sent son vent passer dans la tumeur. En y appliquant le stéthoscope, on entend du râle muqueux, une sorte de craquement, dans les deux temps de la respiration. Elle ne donne à la pression aucune crépitation, à l'auscultation aucun murmure vésiculaire; elle est irréductible, inélastique et fluctuante.

•

Quelques jours après, le malade mourut : sa tumeur était un abcès idiopathique.

OBSERVATION II

De M. Pollosson (inédite).

ABCÈS SIMULANT UNE HERNIE DU POUMON

Hôpital de la Croix-Rousse. Salle St-Euchère, service de M. Pollosson,

Jean X..., âgé de 54 ans, cultivateur, entré le 5 février 1882, mort le 19 février 1882.

Homme d'aspect fort et robuste. Il dit n'avoir jamais eu de maladies antérieures. Trois mois avant son entrée, il a fait une chute sur l'épaule gauche ayant amené l'impuissance complète du membre supérieur de ce côté. Le malade va un soir à l'Hôtel-Dieu, à quatre heures, et là on le soumet à des tractions pour lui remettre l'épaule en place. Depuis ce temps, il a conservé l'impuissance du bras et les douleurs pour lesquelles il rentre à l'hôpital de la Croix-Rousse. A ce moment on constate au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche une tumeur du volume d'un gros œuf, la peau n'est nullement altérée, et il n'y pas de douleurs à ce niveau. Cette tumeur présente des mouvements de retrait et d'expansion qui répondent exactement aux mouvements d'inspiration et d'expiration. Elle devient plus saillante et plus tendue quand on fait tousser le malade. On ne peut y découvrir la sensation de fluctuation. Elle est sonore à la percussion; à son niveau, on entend très nettement le murmure vésiculaire. On peut la réduire dans la cavité thoracique par pression, cette réduction s'accompagne d'un bruit de frottement qui simule la crépitation pulmonaire; elle reparait spontanément dès qu'on cesse la compression. A travers sa paroi antérieure on sent une saillie osseuse qui répond à l'extrémité interne de la clavicule, cette saillie est dirigée

en avant et un peu en haut, on la remet en place par la pression et elle reparait spontanément.

Quand on explore profondément la paroi thoracique, à travers la tumeur, on sent au-dessous de la saillie précédente comme une perforation arrondie de la paroi.

A l'auscultation, on entend des râles sibilants et muqueux dans les deux poumons. Les mouvements du bras gauche sont possibles mais gênés, tout travail pénible est impossible. Rien de particulier dans l'articulation de l'épaule. L'état général est médiocre, le malade n'a pas d'appétit, il tousse, cependant il ne garde pas le lit.

On interprète de la façon suivante l'accident et les symptômes éprouvés par le malade : Il y a trois mois, au moment de sa chute, il se serait fait une luxation de l'extrémité interne de la clavicule gauche, avec fracture de côtes. Ce traumatisme aurait été accompagné de déchirure de la paroi thoracique et suivi d'une hernie du poumon : on cite des exemples d'un pareil accident.

La hernie était ce qui expliquait le mieux les symptômes locaux de la tumeur. L'absence de fluctuation, l'intégrité antérieure de la santé, firent éloigner l'idée d'une collection purulente. On explique l'existence des râles muqueux et sibilants en supposant une bronchite, peut-être avec emphysème du poumon, phénomènes qui accompagnent souvent la hernie du poumon.

On n'avait fait aucun traitement, lorsque, au bout de quatre jours, le malade prit de la fièvre, les signes de la bronchite s'accrochèrent, il survint de la diarrhée et de la tuméfaction abdominale et le malade mourut le quatorzième jour après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Examen de la tumeur : on incise couches par couches la paroi thoracique, et l'on tombe sur une collection purulente à pus caséeux. Cette collection est en partie extrathoracique, en partie *intra-*

thoracique mais *extrapleurale*. La communication entre les deux poches est établie par un orifice creusé aux dépens du sternum et de la première côte, du volume d'une pièce d'un franc. On constate en effet, à ce niveau, une lésion tuberculeuse du sternum correspondant aux articulations de cet os avec la première côte et la clavicule. Là, le sternum est usé, infiltré de pus et de matières caséeuses ; il présente les lésions macroscopiques, non pas de la carie mais de la tuberculose telle que l'entendaient Richet et Nélaton. L'extrémité interne de la première côte est également corrodée. Quant à la saillie claviculaire, elle était constituée de la façon suivante : ce n'était pas l'extrémité interne de la clavicule qui était luxée, mais il y avait eu fracture pathologique dans le sternum, à 3 ou 4 millimètres de l'articulation sterno-claviculaire. Un fragment du sternum était resté fixé à la clavicule par les ligaments de l'articulation qui avait presque conservé son intégrité, un peu de rougeur, pas de pus, ni de destruction des cartilages. La plèvre pariétale, épaissie à sa face externe, ne présentait pas d'adhérences avec le feuillet viscéral.

Les poumons étaient le siège d'une poussée de granulie aiguë, généralisée, pareille lésion existait sur toute la surface du péritoine. Il était facile dès lors d'interpréter les phénomènes : le malade avait eu, sans s'en douter, une tuberculose de l'angle supérieur et gauche du sternum et à la suite d'une chute, s'était produite, en ce point, une fracture pathologique. A partir de ce moment s'étaient montrées et la suppuration et la tumeur.

Analyse des Observations

Anatomie pathologique. — L'observation de Marchal de Calvi ne nous donne aucun renseignement précis sur le siège et la disposition de l'abcès. Il y est dit simplement qu'il s'agissait d'un abcès idiopathique.

L'observation de M. Pollosson nous indique une collection purulente composée de deux poches : 1^o l'une extrathoracique, sous-cutanée; 2^o l'autre profonde sous-pleurale, communiquant avec la première par une perforation assez étendue due à la destruction tuberculeuse de deux côtes. Cette disposition est analogue à celle que nous avons signalée à propos des abcès subissant l'influence des organes de la circulation.

Etiologie. — Dans les deux cas, il s'agissait d'abcès évidemment tuberculeux.

Le malade de l'observation I vit la tumeur apparaître brusquement à la suite d'un effort de toux. On ne voit pas bien la relation qui existe entre la cause et l'effet, à moins d'admettre l'existence d'un abcès d'abord intra-thoracique qui serait devenu brusquement extérieur sous l'influence de l'effort expiratoire.

Dans l'observation II, le malade ne donnait pas

de renseignements sur le mode de développement de la tumeur : il croyait avoir quelque chose de déplacé. La suppuration existait-elle avant le traumatisme ? il est impossible de le dire. Notons que les circonstances de l'accident et les tentatives ultérieures de réduction étaient bien faites pour dérouter le diagnostic, puisqu'elles permettaient de croire à une lésion uniquement traumatique susceptible de donner naissance à la hernie du poumon.

Symptômes. — Nos deux observations présentent des symptômes communs et des symptômes particuliers à l'un des cas.

Les symptômes communs sont les suivants : tumeur adjacente au thorax, sans changement de couleur à la peau, sans douleur, du volume d'un œuf, augmentant de volume par l'expiration, diminuant dans l'inspiration, présentant l'une et l'autre à l'auscultation des symptômes qu'on peut rapporter au poumon.

Ces signes, on le sait, appartiennent également à la hernie du poumon.

Les symptômes particuliers à l'un ou l'autre cas sont de telle nature qu'ils facilitent le diagnostic dans l'observation I et le rendent plus difficile dans la seconde.

En effet, dans l'observation de Marchal, la tumeur est irréductible et fluctuante. Dans l'observation de M. Pollosson, la tumeur est complètement réductible, et on ne peut y percevoir la sensation de fluctuation.

Dans la première observation, l'auscultation révèle des râles muqueux, mais pas de murmure vésiculaire ; pour supposer la présence du poumon, il faut supposer un certain degré d'engorgement hypostatique ou de l'emphysème ; dans la deuxième, on entend, comme sous l'oreille, le murmure vésiculaire qui se passe en réalité à distance.

Enfin, dans ce dernier cas, on trouve après réduction une perforation de la paroi thoracique, comme cela a été signalé dans les hernies du poumon.

Diagnostic différentiel. — Pour établir le diagnostic *abcès* dans la première observation, Morel-Lavallée, consulté par Marchal de Calvi, se basa sur les considérations suivantes (1) :

« Ce n'est pas une hernie pulmonaire.

1° Parce que la phtisie, par les adhérences et l'induration qu'elle amène, surtout au sommet du viscère, l'empêche de passer à la filière d'un orifice herniaire.

2° Parce que la tumeur n'a qu'une fausse élasticité, une élasticité d'emprunt, qui vient de celle des tissus qui l'entourent. Ils s'infléchissent sous la pression qu'elle transmet, et, dès que cette pression cesse, il se redressent en communiquant une impulsion à la tumeur : voilà comment la tumeur joue l'élasticité ; mais elle n'a pas celle si caractéristique du pneumocèle, et elle ne saurait l'avoir perdue par suite d'un engorgement hypostatique, que la position élevée de la partie ne permettrait pas d'attribuer à la pesanteur, et qu'on serait obligé de rapporter

(1) MOREL-LAVALLÉE, loc. cit., p. 156.

une cause jusqu'ici sans exemple, à la constriction du pédicule, étranglement qui, en outre, supposerait des accidents plus graves.

3^o Parce que les dépressions qui sillonnent la surface de la tumeur, presque à la manière de cloisons interlobulaires, appartiennent aux abcès froids sous-aponévrotiques, et qu'elles résultent de l'éraillage ou de la tension inégale des lames fibreuses sous l'effort de développement du foyer.

4^o Parce que les variations de la tumeur pendant les deux temps de la respiration sont bien moins accusés que dans le pneumocèle, incomparablement moins. Au faible degré où elles existent ici, elles trouvent leur raison dans l'abaissement et l'élévation alternatifs de la base sur laquelle repose la tumeur, et dans le jeu des muscles qui y confinent ; ce n'est, au lieu d'un changement de volume, qu'un changement de relief.

5^o Parce qu'elle n'offre pas, dans la toux, la forte impulsion du pneumocèle.

6^o Parce que le râle muqueux qu'on entend en appliquant l'oreille sur la tumeur, ne se passe pas dans la tumeur, mais dans la poitrine ; siège qui est révélé non seulement par l'éloignement du bruit, mais encore et surtout par sa coïncidence avec les deux temps de la respiration, aucun phénomène stéthoscopique n'étant possible dans le pneumocèle pendant l'inspiration.

7^o Parce que la tumeur résiste au taxis, tandis qu'une hernie pulmonaire rentre ou se vide et s'efface toujours.

8^o Parce que, et ceci est par dessus tout décisif, on n'y découvre aucune trace ni de la crépitation, ni du murmure vésiculaire qui sont les signes constants du pneumocèle.

9^o Enfin parce qu'elle est fluctuante.

En résumé, ce n'est pas une hernie, pour deux motifs ; d'abord parce que ce n'est pas une hernie, ensuite parce que c'est un abcès.

Dans la deuxième observation, le diagnostic différentiel présentait des difficultés incontestablement plus grandes.

Morel-Lavallée, dans son Mémoire, a donné les signes hypothétiques (car il ne cite aucune observation) qui permettraient de distinguer le pneumocèle d'un abcès réductible.

Signes communs. — Augmentation ou réapparition de la tumeur dans l'expiration forcée ; diminution ou disparition dans l'inspiration.

Signes différentiels.

PNEUMOCÈLE	ABCÈS RÉDUCTIBLE.
Jamais de douleur ni de rougeur à la peau.	Parfois douleur et rougeur à la peau.
Phénomènes vésiculaires.	Pas de phénomènes vésiculaires.
Ni ondulation, ni fluctuation, sonorité normale de la poitrine dans le point correspondant à la tumeur.	Fluctuation et quelquefois ondulation. Matité de la poitrine dans le point correspondant à la tumeur.

Notre observation montre combien peu on doit se fier aux signes ci-dessus énoncés. La tumeur ne présentait ni rougeur, ni douleur. La poitrine était sonore à son niveau. La fluctuation n'y était pas perçue; c'était en réalité une erreur de sensation, mais on sait combien il est difficile, dans certains cas, d'affirmer ou de nier l'existence de la fluctuation. Quant aux phénomènes vésiculaires, ils n'étaient pas absents: on entendait très-nettement la respiration au niveau de la tumeur et une sensation de crépitation existait, constatée par tous ceux qui ont exploré le malade, due probablement au passage d'une poche dans une autre, comme dans les kystes synoviaux du poignet, mais en réalité capable d'en imposer pour la sensation perçue quand on réduit une hernie du poumon, sensation qu'on a si rarement l'occasion de reconnaître.

Dans ce cas, un seul élément certain de diagnostic existait et aurait été mis à profit si on avait eu l'occasion d'intervenir, c'était la ponction exploratrice.

En ce qui concerne les abcès simulant la hernie du poumon, en présence de l'innocuité bien connue aujourd'hui des piqûres du poumon, nous ne voyons pas ce qui pourrait faire reculer devant ce procédé d'exploration.

Physiologie pathologique. — Il nous reste à examiner la question suivante. Pourquoi certains abcès des parois thoraciques subissent-ils l'influence des mouvements d'inspiration et d'expiration? La réponse paraît de prime abord des plus simples. Le contenu liquide

d'une poche purulente peut être comparé au liquide sanguin qui remplit les veines voisines du thorax. Le phénomène pathologique est absolument comparable au phénomène physiologique si bien étudié de l'influence des mouvements de la respiration sur le cours du sang veineux.

Immédiatement aussi se présente l'objection suivante. Pourquoi tant d'abcès des parois présentant une poche intra-thoracique et une poche extra-thoracique ne présentent-ils pas les mêmes symptômes? Nous n'avons pu trouver, dans la comparaison des observations, la raison de ces différences. Dans le cas de Marchal de Calvi, la disposition de l'abcès n'est pas indiquée. Dans le cas de M. Pollosson, où les détails anatomiques sont plus précis, nous n'avons pas su découvrir à quoi pouvait être attribuée l'influence des mouvements respiratoires sur le contenu. Signalons l'étendue de l'orifice de communication dans cette dernière observation, signalons le siège à la région sus-claviculaire commune aux deux observations. Nous appelons l'attention sur ces deux points sans leur accorder une influence dont nous ne saisissons pas le mécanisme.

CONCLUSIONS

1^o Les abcès des parois thoraciques reçoivent, dans des circonstances particulières, du cœur ou des poumons, des impulsions qui donnent naissance à des symptômes particuliers.

2^o Ces symptômes sont tels, qu'ils peuvent égarer le diagnostic et faire croire :

a. Lorsqu'ils relèvent des organes circulatoires, à des anévrysmes du cœur ou de l'aorte.

b. Lorsqu'ils relèvent des organes de la respiration, à une hernie du poumon.

3° Dans quelques cas, une analyse attentive des symptômes permet d'établir le diagnostic.

Nous croyons qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques, mais que le diagnostic peut éclairer par l'analyse successive de tous les symptômes.

Dans une seconde série de faits, les signes présentent une telle analogie que le diagnostic ne saurait être établi que par la ponction exploratrice.

4° Si on laisse évoluer l'affection, on voit les symptômes, soit de l'abcès, soit de l'anévrisme se présenter avec plus de netteté et le diagnostic devient facile.

5° Nous croyons qu'il vaut mieux rester quelque temps en suspens et attendre que l'évolution naturelle vienne confirmer tel ou tel diagnostic que de faire prématurément la ponction exploratrice.

La ponction exploratrice ne nous paraît pas sans danger dans les cas où il existe une tumeur anévrysmale très rapprochée de la peau. D'autre part, il y a rarement un inconvénient réel à temporiser s'il s'agit d'un abcès.

6° Au contraire, dans le cas où le diagnostic

serait hésitant entre un abcès froid ou une hernie du poumon, nous croyons qu'on pourrait avoir recours immédiatement à la ponction exploratrice.

VU BON A IMPRIMER

Le Président de thèse,
R. TRIPIER.

VU BON A IMPRIMER

Le Doyen,
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur,
ÉM. CHARLES.

